

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920 — N° 269.

Des Dacryocystites congénitales par obstruction canaliculaire osseuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

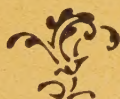
Et soutenue publiquement le 29 Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. FRÉDÉRIC SCHOUSBOË

Né le 29 Janvier 1893, à Mascara.



LONS-LE-SAUNIER

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE LUCIEN DECLUME

1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546424_0095

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920 — N° 269.

Des Dacryocystites congénitales
par obstruction canaliculaire osseuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

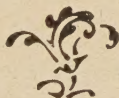
Et soutenue publiquement le 29 Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. FRÉDÉRIC SCHOUSBOË

Né le 29 Janvier 1893, à Mascara.



LONS-LE-SAUNIER

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE LUCIEN DECLUME

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ
J. LÉPINE.

DOYEN.
ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BÉRARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	NICOLAS.
Chimie biologique.....	LÉPINE (J.).
Chimie organique et Toxicologie.....	WEILL.
Matière médicale et Botanique.....	POLLOSSON (A.).
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	CLUZET.
Anatomie.....	HUGOUNENQ.
Anatomie générale et Histologie.....	MOREL.
Physiologie.....	MOREAU.
Pathologie interne.....	GUIART.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	LATARJET.
Anatomie pathologique.....	POLICARD.
Médecine opératoire.....	DOYON.
Médecine expérimentale et comparée.....	COLLET.
Médecine légale.....	MOURIQUAND.
Hygiène.....	PAVIOT.
Thérapeutique.....	X..
Pharmacologie.....	ARLOING.
	ETIENNE MARTIN.
	COURMONT (P.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	X..	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	X..	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X..	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BRETIN.	GARIN.	DUROUX.
COMMANDEUR.	LERICHE.	SAVY.	BONNAMOUR, char-
NEVEU-LEMAIRE	THÉVENOT Léon.	FROMENT.	gé des fonctions.
LAROYENNE.	TAVERNIER.	THEVENOT, Lucien.	SARVONAT, id.
VORON.	CADE.	PIÉRY	FAVRE, id.
NOGIER.	GUILLEMARD.	COTTE.	GRAVIER, id.
			ROUBIER, id.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROLLET, Président ; NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur ;
MM TAVERNIER et DUROUX, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE,

*Je dédie ce modeste travail, faible
témoignage de mon inaltérable
affection, et de ma reconnaissance
infinie.*

A MES ONCLES,

A MES TANTES,

En gage de ma profonde affection.

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN ALBERT ROYER,

CAPITAINE AU 9^e TIRAILLEURS, 45^e DIVISION,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE,

Mort pour la France devant Bouchavennes, le 12 Septembre 1916.

A TOUTE MA FAMILLE.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR PAUL LEBON,
MÉDECIN-PRINCIPAL DE 1^{re} CLASSE,
DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DU 20^e CORPS,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
Mort pour la France.

A MES CAMARADES MORTS POUR LA FRANCE.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET,

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE LYON,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

*Il a bien voulu nous inspirer ce travail,
il nous a aidé de sa haute compétence
et de ses excellents conseils ; il nous a
fait le très grand honneur de présider
notre thèse. Nous tenons à lui adresser
ici, nos remerciements, ainsi que l'ex-
pression de notre plus vive reconnais-
sance.*

A MES JUGES.

INTRODUCTION.

A la suite d'un cas de dacryocystite congénitale, observé et traité dans le service de M. le Professeur ROLLET (v. Obs. I), celui-ci fut frappé par l'impossibilité absolue, où il avait été, de faire le cathétérisme des voies lacrymales avant l'opération, et le curetage nasal à la curette ovulaire, dernier temps de toute extirpation du sac : il s'agissait donc comme cause de cette dacryocystite, d'un véritable obstacle osseux, et non pas simplement muqueux.

Il existerait donc des dacryocystites congénitales consécutives à des altérations osseuses du canal lacrymo-nasal, en déterminant l'obstruction plus ou moins complète ; en d'autres termes, des dacryocystites congénitales par obstruction canaliculaire osseuse.

Nous allons essayer de nous efforcer de le démontrer, en cherchant à expliquer :

La pathogénie et l'étiologie de ces dacryocystites.

Passant rapidement sur leurs symptômes, nous en ferons avec soin le diagnostic, dont doivent résulter les moyens thérapeutiques à employer.

Nous avons enfin réuni, à la fin de cette thèse, neuf observations sur ces cas, dont une que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur ROLLET, et qui a été le point de départ de ce sujet.

CHAPITRE I.

Historique.

Rien n'est plus obscur que l'histoire de la dacryocystite congénitale. A peine élucidée dans la dernière moitié du siècle dernier, malgré les travaux de MACKENSIE, KICHTER, qui signalent la prédisposition congénitale aux affections du sac et du canal, et cherchent à l'expliquer — ceux de SCARPA, A. BÉRAUD, DOLBEAU, surtout de VOSSIUS, MICHEL, — la célèbre discussion sur les affections des voies lacrymales, à la suite du rapport de P. Terson, de Toulouse, — de WICKERKIEWIEZ, de M. le Professeur PANAS, etc., elle ne l'est guère plus avec le commencement de ce siècle-ci.

Nous avons parcouru, en effet, différents traités; nous avons été frappés du peu de renseignements au sujet de la dacryocystite congénitale, surtout sur sa pathogénie. D'une façon générale, l'on semble surtout admettre comme cause, une obstruction due aux altérations des parties molles; l'obstruction d'origine osseuse, semble peu connue, ou alors on lui donne peu d'importance. Il nous a fallu parcourir attentivement les périodiques spéciaux d'ophtalmologie, rechercher dans les anciennes observations, à

l'affût véritablement, des cas de dacryocystites congénitales d'origine osseuse.

Nous sommes ainsi parvenu à réunir un certain nombre de faits, d'observations, entre autres celles de PANAS, CASSIMATIS, CAILLAUD, ANTONELLI, FAGE, etc., qui nous ont permis, grâce aux directives de M. le Professeur ROLLET, de pouvoir nous faire, dans la mesure de notre possible, une idée des dacryocystites congénitales canaliculaires osseuses.

CHAPITRE II.

Pathogénie s'appuyant sur l'anatomie pathologique.

A. — Aperçu rapide.

1° Sur l'embryologie des voies lacrymales.

Il nous a semblé utile, avant d'étudier les dacryocystites congénitales canaliculaires osseuses, d'esquisser rapidement les règles qui régissent le développement embryologique du canal lacrymo-nasal.

Au 14^e jour chez l'embryon, la face est représentée par une fosse, premier rudiment de la cavité bucco-nasale. Le bourgeon frontal qui la limite en haut, descend entre les deux vésicules oculaires et se divise en quatre : bourgeon nasal interne et bourgeon nasal externe de chaque côté. Entre ces deux bourgeons existe un sillon : la gouttière olfactive, origine de la narine.

Latéralement, les bourgeons maxillaires se portent peu à peu en haut, en dedans et en avant ; ils viennent s'appliquer contre le bourgeon nasal externe, laissant cependant entre eux, un sillon transversal, qui s'étend de l'œil au sillon nasal ; c'est le sillon lacrymal, origine de la

gouttière lacrymale et du canal nasal d'où part, par la suite, une crête épithéliale, qui se débouche de haut en bas. La communication entre le canal et le méat inférieur sera la dernière étape de son développement.

2° Sur l'état des voies lacrymales chez le nouveau-né.

a) *Etat normal.* — BOCHDALEK a montré que, normalement, chez le nouveau-né, le canal lacrymo-nasal est encore occupé par un magma jaunâtre, constitué par la couche la plus interne des cellules épithéliales de la muqueuse dégénérée. Dès les premières inspirations, le courant d'air qui s'établit dans les fosses nasales, appelle de ce côté ce magma, qui s'écoule peu à peu ; alors seulement vers le 2° à 3° jour, la sécrétion des larmes s'établit normalement.

b) *Etat pathologique.* — Mais cela ne se passe pas toujours ainsi régulièrement, il peut se produire, en effet, dans l'évolution embryologique des voies lacrymales, un arrêt, un retard, un vice de développement, bref toute une série d'altérations pathologiques empêchant le processus normal de s'établir. Les larmes seront arrêtées, elles s'accumuleront dans le sac lacrymal, celui-ci se laissera distendre : d'autre part, placé entre la conjonctive, dont nous connaissons les multiples inflammations, et la muqueuse nasale dont l'intégrité anatomique est un fait d'observation rare, ce sac lacrymal est un terrain tout préparé à l'évolution de l'inflammation, mieux de l'infection.

Nous avons déjà ainsi, une notion de la dacryocystite congénitale.

Ces altérations pathologiques ont leur siège, soit dans

les parties molles, soit dans les parties osseuses du canal lacrymo-nasal.

B. — Altérations dues aux parties molles.

1° Persistance de l'état fœtal.— L'épithélium, qui est atteint de dégénérescence graisseuse et tombe de haut en bas le long du canal, n'a pas encore subi sa transformation atrophique au niveau de l'embouchure inférieure. Il se forme ainsi, un simple bouchon muqueux ; une inspiration forte du nouveau-né suffira pour le faire tomber ; les larmes le liquéfient et l'entraînent ; une dacryocystite peut résulter de sa non élimination.

L'obstruction peut être produite par la muqueuse elle-même qui, sur une partie de l'étendue du canal, au niveau de l'orifice inférieur, n'a pas subi la chute de son épithélium central (BOCHDALEK, CERINCIONE).

2° Présence de valvules.— STANCULÉANU a observé que le point qui cède le plus souvent à la perforation, se trouve à la partie externe du diaphragme qui ferme la sortie du canal lacrymal dans la fosse nasale. Le reste du diaphragme s'incline en dedans, telle l'ouverture d'un clapet ; il se forme ainsi une véritable valvule, la « valvule de CRUVEILHIER » qui tend à obstruer la partie inférieure du canal. D'autres valvules existant le long du canal lacrymo-nasal ont été également incriminées, comme cause des dacryocystites (HUSCHKE, BÉRAUD).

3° Différentes formes du canal muqueux. — ROCHON-DUVIGNEAUD, TARTUFFIERI signalent des dilatations ampullaires, des anfractuosités.

4° **Hypertrophie inflammatoire.** — Sous l'influence de l'inflammation, la muqueuse du canal lacrymal peut encore s'épaissir, se gonfler, oblitérant ainsi, plus ou moins complètement, son trajet.

La muqueuse nasale peut suivre le même processus, son hypertrophie empêchera de même, l'évacuation des larmes, en gênant leur sortie au niveau de la gouttière verticale qui prolonge l'orifice inférieur du conduit.

Telles sont les différentes causes pouvant amener une obstruction plus ou moins complète du canal muqueux. Nous ne prendrons pas position dans le débat, pour l'une ou pour l'autre ; nous ne les avons citées que pour mémoire, chacune ayant été admise comme explication de la dacryocystite congénitale, car nous avons hâte, d'en arriver aux altérations osseuses sur lesquelles nous voulons particulièrement insister, et que nous aurons désormais seules en vue.

C. — **Altérations dues aux parties osseuses.**

Nous éliminons, bien entendu, toutes causes accidentelles, tel le forceps, pour ne considérer que celles spontanées, congénitales.

Elles sont de deux sortes : extrinsèques et intrinsèques.

1° **Causes extrinsèques.** — a) *La conformation anatomique du squelette de la face* peut avoir une grande influence, en rendant le canal physiologiquement plus étroit. Cette prédisposition particulière se rencontre dans le type facial propre à l'hypermétropie et à la microphthalmie. Elle peut être personnelle : nez enfoncé, épaté, écrasé

de la base, nez en lorgnette, que nous rencontrons chez certaines personnes. Elle peut tenir à l'influence de la race : un nez court et aplati, des pommettes développées, caractérisent ce type particulier à la race mongole ; par contre, la conformation opposée, représentée par l'allongement des traits et un développement du nez, comme chez les Juifs, constituerait également une prédisposition de même genre (ARL et WECKER).

Il nous paraît intéressant de rappeler ici les observations de FERNANDEZ : il observa sur le cadavre, le canal nasal de 24 sujets, 15 appartenant à la race blanche (10 cubains, 4 espagnols, 1 mexicain) et 9 de race nègre africaine. Il conclut que le canal nasal du blanc est plus long, plus tortueux, se trouvant ainsi plus exposé aux rétrécissements et aux affections des voies lacrymales ; le conduit du nègre est au contraire large et rectiligne, ce qui explique que son rétrécissement est moins fréquent, et aussi les affections du sac et canal lacrymal sont rares chez les nègres, et en moins grand nombre chez le métis que chez le blanc.

Nous ne devons pas attacher une non moins grande valeur, à certaines dispositions anatomiques tel par exemple, le développement exagéré des sinus, surtout frontaux. Nous parlerons plus loin, d'une pièce anatomique très intéressante, où l'influence des sinus extrêmement développés coexiste avec un manque complet de canal lacrymal. De même, l'examen des fosses nasales montre, chez la grande majorité des sujets, une largeur inégale des méats, par suite du déplacement de la cloison et du volume exagéré des cornets, particulièrement du cornet moyen, d'où résulte un refoulement des canaux osseux, une rédu-

tion de leur calibre et de multiples déviations dans les différents plans.

b) PANAS, A. SICHEL, TERSON, signalent enfin l'influence d'*exostoses de voisinage* qui, à l'instar de toutes autres tumeurs, peuvent rétrécir ou même complètement aplatis le canal osseux ; à plus forte raison si elles coïncident avec de simples dispositions anatomiques de la face (FAGE). Ces exostoses peuvent avoir leur siège dans les fosses nasales RIPPULT en cite plusieurs cas ; dans l'apophyse du maxillaire supérieur, dite pré-lacrymale (ANTONELLI), ou dans le sinus maxillaire.

2° Causes intrinsèques. — a) Ce sont des *exostoses propres*, se développant sur les parois mêmes du canal lacrymo-nasal. SICHEL les divise en exostoses proprement dites et périostoses.

b) D'après VELPEAU, « chez certains sujets, le canal osseux est si petit, qu'on est obligé d'employer la force, et même une force assez considérable pour y faire entrer soit une canule, soit un corps étranger quelconque. Ce resserrement se rencontre principalement sur les individus qui ont été affectés dès leur naissance de tumeur lacrymale, et ne doit donc pas être confondu avec celui qui dépend d'une simple exostose, d'une déviation des os du nez... il y a un *arrêt de développement du canal*... J'ai opéré cinq fois dans de telles conditions ; un garçon âgé de 23 ans, atteint d'une double tumeur lacrymale depuis l'âge de 8 ans, et qui mourut à l'hôpital de la Pitié, m'a permis de constater par la dissection, ce genre de rétrécissement ». MONRO, JOBERT et LENOIR, ont fait des observations analogues, sans donner plus de détails.

Il nous semble utile, à notre tour, d'insister sur cette notion d'atrésie congénitale du canal osseux. A part l'observation de VELPEAU, nous ne l'avons trouvée signalée que par GÉRARD : celui-ci se base sur l'étude de nombreux crânes examinés à cet effet. Cette atrésie ne constitue pas une affection proprement dite, et peut ne se manifester par aucun symptôme, mais résulte d'une disposition congénitale particulière du canal osseux, dont le calibre est congénitalement atrésié « cause méconnue mais fréquente du larmolement essentiel ». D'après GÉRARD, on doit considérer comme congénitalement atrésié tout canal nasal dont l'orifice supérieur a moins de 4 mm. de diamètre; ces dimensions étant celles du squelette osseux, il faut en réalité compter comme minimum désirable 2 mm.5 à 3 mm.5.

c) Cette notion nous conduit à celle non moins importante d'*obstacle dû à la gouttière lacrymale*.

L'anatomie nous apprend que les lèvres antérieure et postérieure, qui constituent cette gouttière, sont relevées en forme de crêtes. La crête antérieure surtout est le siège de variations : se développant anormalement, au lieu de protéger simplement la partie antéro-interne du sac lacrymal, elle retrécit en avant l'orifice du canal nasal. La proéminence de l'arête antérieure peut même s'exagérer et constituer une véritable épine triangulaire ou trapézoïde, un éperon (GÉRARD) haut de 2 à 5 mm. GÉRARD en décrit plusieurs variétés, entre autres celle où l'éperon est unique, situé à la partie moyenne et inférieure de la crête. Dans ce dernier cas, il peut regarder par son sommet une épine correspondante, supportée par l'extrémité

inférieure de la crête lacrymale postérieure : il en résultera un rétrécissement de la gouttière, et l'orifice du canal nasal se trouvera plus ou moins complètement masqué. La présence de cet éperon a été constatée 39 fois sur 140 orbites, soit dans 28 % des cas. Habituellement cette anomalie est unilatérale et paraît affecter le côté droit. Nous n'insisterons pas davantage sur cette notion anatomochirurgicale, mais la fréquence relative de sa constatation suffit pour en démontrer l'utilité.

d) Le canal osseux peut même faire complètement défaut : nous nous trouvons en présence de véritables *agènesies des voies excrétrices* de l'appareil lacrymal.

ZABEL a décrit les variétés de l'os lacrymal et note sa totale absence. BARFUTH étudia des crânes humains privés de l'os lacrymal. BOTIN a vu un enfant de six semaines affecté d'un kylon-blépharon, qui paraissait manquer tout à fait d'appareil lacrymal.

DUPUYTREN avec VOSSIUS a rencontré un cas d'absence du canal lacrymo-nasal, « se compliquant d'une fistule du sac ». JURIN trouva de la matière osseuse à la place du canal. MORGAGNI constata le même fait.

MACKENSIE cite MARKS (de Dublin), BEGER et les vieilles observations de SCARPA, Aug. BÉRARD, CARRON DU VILLARD, OTTO et TRAVERS, qui tous ont constaté la fréquence parallèlement de la fistule lacrymale.

Le hasard nous a fait rencontrer par nous mêmes, dans la collection de clinique d'ophtalmologie de M. le Professeur ROLLET, une absence totale du canal lacrymo-nasal sur une pièce d'anatomie trouvée à l'amphithéâtre par M. le Professeur PATEL, alors prosecteur :

Crâne avec absence totale du canal lacrymo-nasal droit.

(Laboratoire de la clinique d'ophtalmologie, Prof. ROLLET).

Il s'agit d'un crâne, avec deux sinus frontaux immenses, de forme ovalaire ; ils dédoublent tout l'étage antérieur du crâne. Nous avons mesuré particulièrement celui de droite ; nous avons trouvé 3 cm. 1/2 dans l'axe antéro-postérieur, 4 cm. 1/2 latéralement, hauteur de 2 cm. Les cellules ethmoïdales communiquent largement avec le sinus frontal. Le sinus sphénoïdal est anormalement développé. Les sinus maxillaires, particulièrement à droite, sont comme soufflés. L'apophyse crista-galli est énorme. L'unguis du côté droit mesure 6 mm. d'épaisseur. Le canal lacrymo-nasal est légèrement rétréci du côté gauche. Il nous a été absolument impossible d'en trouver trace à droite : nous avons gratté l'os, essayé d'introduire des épingles ; nous pouvons affirmer qu'il n'y a aucune marque même d'orifice supérieur du canal lacrymo-nasal. L'orifice inférieur dans le méat moyen, manque également. Les deux crêtes antérieure et postérieure de la gouttière lacrymale existent seules.

Cette pièce extrêmement intéressante nous montre tout le retentissement que peuvent avoir les vices de conformation anatomique de la face sur le canal lacrymo-nasal, comme nous l'avons signalé plus haut, mais que surtout, à l'appui de tous les auteurs cités, le canal lacrymo-nasal peut faire complètement défaut.

e) HIMLY rappelle l'absence des organes lacrymaux chez le sujet rencontré par KLEINKOSCH ; il s'agissait d'un enfant au crâne défectueux, avec absence de l'une des paupières et soudure de l'autre. Nous trouvons avec SEILER les mêmes anomalies chez un hydrocéphale. Nous entrons ainsi dans toute une série d'*anomalies tératologiques* dont la connaissance nous semble intéressante.

SELENKOF signale le cas d'un homme atteint de larmoiement depuis sa naissance, il présente plusieurs anomalies : absence de la moitié du nez, remplacé par un appendice

cutané, le canal lacrymo-nasal manque ; aplasie d'autres segments osseux (v. Obs. VIII).

VAN DUYSE et RUTEN observent, chez un enfant de 10 mois atteint de dacryocystite, un double bec de lièvre, le canal lacrymal est remplacé par un canal en communication avec le sac lacrymal et avec un conduit dont l'orifice débouche dans la lèvre supérieure (Obs. IX).

LANDOW cite un cas analogue chez un enfant de 4 ans, chez lequel l'appendice remplaçant les parties molles et cartilagineuses de la moitié du nez, était fixé à côté de l'angle interne gauche de l'œil ; à la paupière inférieure existait un colobome ; la présence du canal osseux ne pouvait être démontrée.

KRASKE décrit également une jeune fille de 13 ans, dont le canal est extrêmement étroit ; on ne peut le traverser qu'avec une sonde très fine, perpendiculairement de bas en haut, le long de l'os sur un espace de 3 cm. 1/2 L'auteur signale en outre une asymétrie des paupières droite, du nez, de l'arc alvéolaire, et de la voute palatine.

TRENDELENBURG, avec DEMARQUEZ, ROSE, FRITSCHÉ, LANNELONGUE et SMITH, citent enfin toute une série de cas analogues, coexistant remarquent-ils, avec « des becs de lièvre et des gueules de loup ».

Que toutes ces altérations osseuses, causes prédisposantes de la dacryocystite congénitale, soient extrinsèques ou intrinsèques, quoiqu'il en soit le rétrécissement, voir même l'oblitération complète ainsi déterminés, il est deux facteurs qui viennent s'y ajouter, causes déterminantes ; je veux parler de l'infection et de l'état général du sujet.

D. — Causes déterminantes.

1° **L'infection.** — Ce qui l'a fait souvent négliger, c'est sans doute la rareté de la propagation du processus inflammatoire aux voies lacrymales, dans le cours des conjonctivites.

L'infection peut venir du nez : le coryza, avec suppuration et croûtes, a été signalé dans des observations de petits syphilitiques ayant de la dacryocystite (FAGE). CABANNES a observé chez le nouveau-né une dacryocystite consécutive à une sinusite maxillaire gonococcique, elle-même succédant à une rhinite purulente. . .

L'infection vint surtout de la conjonctive, c'est là que l'on doit chercher son point de départ. La flore bactérienne des culs de sacs conjonctivaux, conduite par les larmes, envahit les voies lacrymales distendues par l'oblitération.

RABINOWITSCH a trouvé dans les dacryocystites congénitales du *bacterium coli* ; HIRSCH, du pneumocoque.

D'autre part, la substance gélatineuse, qui remplit les voies lacrymales plus ou moins oblitérées, constitue un milieu de culture très favorable, particulièrement pour le staphylocoque, qui existe toujours sur la surface des muqueuses et de la peau. ZELENKOWSKI recueille le pus, après incision d'une tumeur, chez une fillette de 3 jours sans tare héréditaire ; il y décèle du staphylocoque doré. La virulence des cultures est tellement prononcée que des injections sur 3 lapins et 2 chats en déterminent la mort en dix-huit à vingt-quatre heures. L'auteur en conclut que

la dacryocystite congénitale n'est pas une affection aussi inoffensive qu'on le croit généralement.

Néanmoins leur rareté, malgré la présence constante du staphylocoque, prouve qu'il faut invoquer comme cause principale non l'infection à elle seule, mais les altérations entre autres osseuses du canal lacrymo-nasal.

2° Diathèse. — La dacryocystite congénitale a également été mise sur le compte de la constitution lymphatique et scrofuleuse, voir même de la syphilis. Nous y reviendrons ; nous dirons simplement ici comme pour l'infection que les phlegmasies qui en résultent agissent sur des voies lacrymales prédisposées au rétrécissement, peut-être même par la même influence, il y aurait en un mot double action ; déterminante et prédisposante.

CHAPITRE III.

Étiologie.

Quelle explication peut-on donner de ces altérations canaliculaires osseuses ? Leur étiologie encore mal connue est des plus confuse ; les opinions des auteurs qui s'en sont occupés sont des plus diverses. Il semble que des causes d'ordre multiple la régissent : les unes sont occasionnelles, c'est-à-dire peuvent par elles-mêmes produire les altérations osseuses ; les autres sont accessoires, adjuvantes.

A. — Causes occasionnelles.

LANDOW cherche à expliquer les malformations, anomalies tératologiques des voies lacrymales et de la face, par l'influence nocive d'une bride amniotique ayant déterminé non-seulement la persistance partielle du sillon lacrymal, mais la malformation de l'appendice. Cela ne semble pas pouvoir être constaté pour les déformations si marquées de la face publiées entre autres par SELENKOFF et LANDOW (v. Obs. VIII et IX). Il serait donc logique d'interpréter quelques-unes des malformations, des altérations, moins étendues des voies lacrymales, comme dérivant d'actions

nocives, pareilles à celles engendrant les désordres intenses, mais agissant d'une façon fugace, minime, locale.

Quelles sont ces actions nocives ?

1° **L'hérédo-syphilis.** — TERSON et WICKERWIECHZ ont invoqué un rapport entre les affections des voies lacrymales et l'hérédo-syphilis. PANAS est de cet avis, également LAGNEAU. FRANCOTTE montre, d'autre part, que le virus syphilitique produit chez l'embryon et le fœtus des malformations variées, des arrêts dans le développement d'un organe quelconque. D'après ANTONELLI enfin, ces troubles aboutissent, s'ils sont précoces et considérables, aux stigmates classiques de l'aspect naso-facial hérédosyphilitique ; ils ne donnent lorsqu'ils sont moins prononcés, que des stigmates relativement rudimentaires, pouvant passer inaperçus. Ce sont alors des exostoses de voisinage ou propres, des périostoses, etc... Nous pouvons donc, avec ANTONELLI classer les dacryocystites en deux classes :

a) Les dacryocystites autochtones ou primaires : dans ce cas, pas d'effondrement de la racine du nez à un degré appréciable ou autres altérations osseuses, pouvant être reconnues d'emblée comme cause prédisposante ou déterminante de l'affection (à cette catégorie se rapportent nos Observations I, II, V, VI).

b) Les dacryocystites secondaires les plus fréquentes, qui, par les malformations, altérations osseuses nasales et lacrymonasales, allant du nez complètement effondré à la simple périostose du squelette nasal ou naso-lacrymal, prédispose l'appareil excréteur des larmes aux obstruction (Obs. III, IV, VII).

2° **Causes diverses.** — À côté de l'influence d'une tare spécifique congénitale, ne dédaignons pas l'influence :

a) *Du rachitisme*, cause extrêmement importante d'atrophie osseuse. Nous renvoyons à ce propos, à l'observation du petit malade de Caillaud, où l'auteur ne se prononce pas sur la pathogénie de l'affection, balançant entre le rachitisme et l'hérédosyphilis.

b) De *ces états lymphatiques et scrofuleux*, prédisposant et déterminant, avons-nous dit ; et voilà pourquoi sans doute ces affections sont si communes chez certains peuples, sémites entre autres, où ces tempéraments dominent.

B. — Causes adjuvantes.

1° **L'hérédité**, si souvent constatée, serait une raison de croire que la diathèse agit sur le fœtus en retardant son développement, en faisant dévier l'évolution de ses organes, en dyscrasiant tout individu (LÉVY). Cette influence ne pourrait-elle pas du reste avoir à elle seule toute son importance, sans qu'il soit possible de trouver une cause syphilitique ou autres causes occasionnelles. Nous la retrouvons dans 1/4 environ des Observations. Ce sont deux frères (v. Obs II). Quelquefois on signale l'affection chez les ascendants (v. Obs. I, père atteint de dacryocystite même côté que son enfant) et les parents plus ou moins proches : deux petits enfants non jumeaux, dans la même famille, sont atteints de la même forme de fistule (TERSON), une tante, une cousine (WEISS).

2° Age. — C'est en général dès le lendemain de la naissance qu'apparaissent les troubles du côté des voies lacrymales ; ils peuvent apparaître plus tard, passant inaperçus les premiers jours, s'il y a rétrécissement congénital, celui-ci n'ayant aucune raison de se manifester, étant donné que les glandes lacrymales ne sécrètent pas de larmes les premiers jours, ou qu'une très petite quantité.

Mais, en naissant, l'enfant peut déjà porter une tumeur lacrymale, voir même une fistule lacrymale (WOOD) ; il y eut une véritable dacryocystite intra-utérine (ANTONELLI) (Obs. V à VII).

3° Sexe. — Ne semble pas avoir une grosse influence, bien que les dacryocystites congénitales semblent surtout se rencontrer chez les filles.

4° Côté atteint. — Serait particulièrement le gauche ; en général les dacryocystites sont monolatérales. Les doubles seraient fistuleuses (WOOD, HUTCHINSON).

CHAPITRE IV.

Symptomatologie.

La dacryocystite canaliculaire osseuse se présente à nous sous les aspects les plus variés, suivant les degrés d'obstruction du canal osseux. Nous ne ferons pas une nomenclature détaillée des symptômes, ils sont, d'une façon générale, les mêmes pour toute dacryocystite ; nous verrons cependant ce qui les distingue entre elles. Nous allons chercher uniquement à présenter ses différentes formes cliniques, et les complications qu'elle peut déterminer.

A. — Formes cliniques

La lecture de nos Observations montre que nous pouvons distinguer les dacryocystites survenant après la naissance et celles survenant avant la naissance.

1° **Dacryocystite survenant après la naissance** (v. Obs. de I à IV). C'est la forme la plus fréquente caractérisée par :

a) *Ecoulement muco-purulent* : c'est tout d'abord une sorte de magma muqueux, s'accumulant dans le sac obli-

téré ou rétréci, tendant à apparaître dans le coin de l'œil sous forme d'une matière jaunâtre, épaisse (HÆDDEUS). Le sac est alors de petite dimension. Ces formations, par excitation déterminent l'augmentation de quantité de matière sécrétée ; en même temps les larmes s'établissent, l'écoulement se répand sur les bords ciliaires, accole les paupières, peut même s'écouler au dehors. Que l'infection s'y développe, nous aurons un véritable écoulement muco-purulent.

Cet écoulement cesse complètement la nuit, à la condition que l'enfant dorme. L'œil, bien lavé au coucher, doit être retrouvé aussi propre que possible au réveil ; la pression sur le sac doit faire sourdre à tous moments, par les points lacrymaux, des gouttes de ce liquide.

b) Ectasie ou tumeur lacrymale : A marche chronique. Le sac se laisse petit à petit distendre ; il se forme une tumeur de l'angle interne de l'orbite, dans la région lacrymale (mucocèle). Nous n'insisterons pas sur cette tumeur en tous points analogue à celle de l'adulte.

Les choses en restent rarement là ; contrairement à ce que nous voyons dans les dacryocystites par altération des parties molles, la cause continuant toujours, les symptômes s'aggravent : nous avons déjà parlé de l'infection, elle continue à s'affirmer, et nous avons alors des symptômes physiques et fonctionnels ressemblant en tous points à la blennorrhée chronique acquise du sac ; la santé de l'enfant reste bonne, le nouveau-né respire bien, etc.

Ou alors la virulence de l'infection étant ou devenant plus grande, il se forme un véritable empyème, à marche aiguë voir même sub-aiguë, où l'état général devient mauvais, alarmant.

c) *Dacriocystite phlegmoneuse* : les germes septiques, venant du sac, peuvent pénétrer dans le tissu environnant ; au lieu d'avoir un simple empyème, comme précédemment, il se produit une inflammation purulente du voisinage du sac, c'est-à-dire un phlegmon, avec tous ses symptômes objectifs et subjectifs.

d) *Fistules* : celui-ci finit par s'ouvrir à la peau ; la plaie qui fait communiquer le sac avec l'extérieur s'épidermise assez souvent, et il persiste une fistule définitive, avec des poussées d'inflammation phlegmoneuse, récidivantes.

Ces fistules peuvent quelquefois être si fines qu'on les voit à peine, c'est seulement quand on pratique l'irrigation que le liquide s'écoule : ce sont de véritables « fistules capillaires ».

La forme que nous venons de schématiser est pour ainsi dire classique, ce que FAGE appelle la forme moyenne ; signalons à côté, des formes légères. Ce sont des dacryocystites atténuées sur lesquelles PÉCHIN et ANTONELLI ont attiré l'attention ; elles ont la forme de conjonctivites modérées, généralement aussi tenaces que légères, parce qu'on les soigne comme des conjonctivites, sans penser à leurs causes. Celles-ci sont surtout des rétrécissements du canal osseux avec ou sans modifications extérieures, auxquels on ne pense pas. La dacryocystite peut éclater dès le bas-âge, mais elle peut attendre également pour se révéler, un nombre considérable d'années, et ressemble alors en tous points, à celle de l'adulte.

2^o *Dacryocystite* survenant avant la naissance (v. Obs. V à VII). — Il est cependant des cas où l'enfant vient au monde avec la fistule lacrymale. Nous la trouvons dans nos 3 Observations ; WOOD, WIECKERKIEWIEZ, bien avant, SCARPA, BÉRARD, C. DU VILLARD, VELPEAU, etc. signalent cette forme.

Cette fistule doit être mise sur le compte d'une solution de continuité de la crête lacrymale (LÉVY). Mais le plus souvent la fistule congénitale est consécutive à l'inflammation aiguë du sac par *dacryocystite intra-utérine* (ANTONELLI).

L'ensemble des symptômes dont nous avons suivi le processus après la naissance de l'enfant, se produit, ici, avant sa naissance : les débris épithéliaux du sac ont été infectés par des microorganismes qui avaient envahi le liquide amniotique à travers les membranes.

On peut ainsi facilement expliquer toutes les *dacryocystites* congénitales à la naissance, voir même les *dacryosites* purulentes, à l'instar de la conjectivite gonococcique admise avec PINARD ; car on avait longtemps été arrêté par les notions de durée d'incubation ; or celle en particulier du streptocoque agent principal avons-nous vu, n'est pas plus longue, surtout si l'infection se produit au moment, où la tête se trouve encore au détroit supérieur. D'autre part, les conditions de température dans lesquelles se trouvent les muqueuses du fœtus peuvent modifier la durée de l'inoculation de l'agent pathogène (CASSIMATIS).

Ces *dacryocystides* sont en général bilatérales.

B. — Complications.

Les formations d'abcès, de fistules peuvent déjà être considérées comme telles ; indépendamment d'elles, la seule présence de l'empyème avec son contenu septique, constitue un véritable danger permanent. La dacryocystite congénitale canaliculaire osseuse, doit donc être considérée comme une véritable source de complications :

1° **Locales.** — L'écoulement du pus par la fistule excorie la peau, y produit de l'eczéma suintant, voir même une véritable infection à distance : adénite sous-maxillaire, auriculaire.

Du côté de l'œil, la moindre lésion peut l'infecter, déterminant des conjonctivites, souvent déjà points de départ de l'affection. La conjonctivite peut s'étendre à la conjonctive bulbaire ; la suppuration en est augmentée d'autant : une blépharo-conjonctivite suit, une infiltration des tissus de la paupière inférieure avec éversion du bord palpébral ; voir même enfin des complications cornéennes, pour peu que l'état général de l'enfant soit déjà mauvais.

2° **Générales.** — La blennorrhée du sac peut insidieusement être le point de départ d'excitations nerveuses, amenant des convulsions.

Pensons également aux états lymphatiques, scrofuleux, rachitiques, qui accompagnent souvent cette dacryocystite.

CHAPITRE V.

Diagnostic.

A. — Diagnostic positif.

1°) **Signes de probabilité.** — Ce sera l'âge du sujet, le début de l'affection brusque, le jour ou le lendemain de la naissance ; la présence dans le coin de l'œil d'un magma épais et jaunâtre, suivi d'un écoulement muco-purulent, cessant pendant le sommeil, sans inflammation de la conjonctive ni cornéenne.

2° **Signes de certitude.** — En présence de tels symptômes, le diagnostic s'affirmera, si la pression de la région du sac, qui doit toujours se faire au niveau de la crête de l'ongle, fait sourdre du muco-pus, ou du pus, par les points lacrymaux.

B. — Diagnostic différentiel.

L'abcès, la fistule, établis après la naissance, le diagnostic s'impose de lui-même. Mais il est des cas de dacryocystite purulente, de blennorrhée du sac, de formes atté-

nuées, etc., avons nous vu, où le diagnostic peut devenir malaisé, et être confondu avec :

1°) **Les tumeurs lacrymales congénitales.** — Ni les kystes prélacrymaux, ni les dilatations kystiques des canalicules, n'ont été observées chez le nouveau-né. En effet, quoique congénitaux, les kystes prélacrymaux ne se révèlent à la naissance par aucun phénomène particulier (PANAS).

2°) **La Conjonctivite des nouveaux-nés.** — D'autant plus en effet, que la plupart des dacryocystites sont méconnues chez le nouveau-né : elles sont prises au début, pour des conjonctivites purulentes mitigées : l'erreur semble difficile à être commise, quand il y a dacryocystite aiguë phlegmoneuse. Nous avons trouvé, dans l'encyclopédie d'ophtalmologie, un exemple de nouveau-né, chez lequel les sacs lacrymaux étaient distendus par le pus, la peau enflammée dans la région lacrymale, les yeux baignaient dans le pus, la pression faisait refluer le liquide par les points lacrymaux : quoi d'extraordinaire, qu'à ce moment, ait lieu la perforation, et qu'une fistule s'établisse.

Si les symptômes ressemblent à une simple conjonctivite catarrhale, il suffit d'appuyer sur la région du sac, pour faire sourdre du muco-pus par les orifices des canalicules lacrymaux ; d'autre part, l'écoulement doit cesser pendant le sommeil.

La dacryocystite peut néanmoins être la conséquence d'une conjonctivite ; les anamnétiques mettront sur la voie du diagnostic, en faisant connaître, quelle est de la conjonctivite ou de la dacryocystite l'affection qui a commencé. Ce sont alors des conjonctivites graves et prolon-

gées, qui retentissent sur le sac, rarement elles épargnent la cornée.

Bref nous assoierons le diagnostic, par ces faits que les conjonctivites des nouveaux-nés ont un début plus éloigné de la naissance, un écoulement liquide nettement purulent, la conjonctivite palpébrale est rouge; le cul de sac est tuméfié, la pression du sac reste négative, l'écoulement dure tout le temps, elles sont en générales bilatérales.

C. — Diagnostic causal.

1° **Nature du rétrécissement.** — Un examen détaillé des voies lacrymales est nécessaire ; les points lacrymaux sont normaux ; on fait une *injection* d'une solution de cocaïne-adrénaline, puis cinq minutes plus tard d'une solution saline physiologique ; l'écoulement par le nez de celle-ci, fait faire le diagnostic de simple gonflement de la muqueuse par inflammation ; au contraire le liquide ne s'écoule pas, ou difficilement, il s'agit d'un rétrécissement.

Est-il muqueux ? est-il osseux ? le problème sera résolu par le *cathétérisme*.

On se sert en général d'une sonde de Wecker : on l'introduit jusqu'à ce que l'on rencontre l'obstacle ; on la retire de 1 à 2 mm., on enlève le mandrin, et on rattache le pavillon de la sonde à l'embout en caoutchouc d'une seringue à voies lacrymales. On pousse très doucement : si le liquide sort par la narine correspondante, c'est que la sonde est dans la fosse nasale.

Nous avons buté contre un obstacle, il nous a fallu souvent employer une assez forte pression pour le vaincre ; si celle-ci est restée sans résultat, il vaudra mieux essayer

de le franchir plus tard, attendre quelques jours et recommencer l'exploration ; dans ces conditions, l'obstacle finit petit à petit par se laisser franchir. Nous pouvons, d'ores et déjà, faire le diagnostic de rétrécissement des parties molles.

Ou alors l'obstacle est absolument infranchissable : il s'agit d'une résistance osseuse.

Chez l'enfant, celui-ci est souvent difficile à immobiliser ; la chloroformisation est même nécessaire. D'autre part, le cathétérisme, qui en franchissant l'obstacle, fait faire le diagnostic, peut provoquer des lésions ; les os si minces, comme l'unguis à cet âge, se laissent facilement déchirer, effondrer, aussi ne faut-il employer le cathétérisme qu'à toute extrémité (PANAS), quand tout traitement médical a échoué, que l'on pense à un rétrécissement dont on veut connaître la nature, le cathétérisme agissant dans ces cas souvent de mode de diagnostic et de thérapie s'il s'agit d'un obstacle muqueux.

2° Causes du rétrécissement. — Si la recherche de la nature du rétrécissement est utile par sa signification pronostique et thérapeutique, il est utile également de connaître l'affection locale ou générale dont ce rétrécissement est la manifestation.

Nous avons vu toute l'importance que nous avons donnée comme étiologie à la syphilis, au rachitisme, à la tuberculose ; nous devons donc en rechercher soigneusement les signes.

a) La syphilis. — Il n'est pas nécessaire pour qu'il y ait atrésie lacrymale, qu'il existe une altération osseuse considérable, tel l'effondrement des os de la base du nez etc.

Dans certains cas d'ailleurs, la lésion peut être limitée à l'os ou au périoste du canal nasal. En lui-même le rétrécissement syphilitique n'a aucun caractère différentiel ; mais si l'on ne trouve pas d'autres causes de son existence (malformation anatomique de la face), si la tuberculose, le rachitisme peuvent être sûrement écartés, il faudra rechercher avec soin tant du côté de l'œil (cataracte, kératite interstitielle, chorio-rétinite), que du côté des autres organes et des membres, d'autres lésions actives ou cicatricielles, confirmant l'hypothèse de la spécificité.

b) La tuberculose. — Extrêmement rare comme cause de notre dacryocystite. Néanmoins l'examen des fosses nasales sera utile, ainsi que la recherche systématique et étiologique de lésions de la muqueuse nasale au niveau de l'extrémité inférieure du canal, qui permettra de déceler la cause de certains rétrécissements osseux ; l'on devra aussi rechercher avec soin tous stigmates de tuberculose.

CHAPITRE VI.

Pronostic.

Bénin, dans les dacryocystites congénitales par altération des parties molles, le pronostic est au contraire grave dans les dacryocystites par altérations osseuses. Nous concevons en effet qu'il est ici, absolument impossible de compter sur une disparition naturelle de la cause ; les symptômes ne peuvent donc régresser d'eux mêmes. Nous en avons vu toutes les complications ; aussi renvoyons nous au chapitre de l'Etiologie, ayant hâte de passer à notre dernier chapitre : le Traitement.

CHAPITRE VII.

Traitement.

La pathogénie que nous avons faite des dacryocystites canaliculaires osseuses, nous fait déjà penser à tous les insuccès, que nous pouvons attendre du traitement médical : lavage, collyre, etc., un seul traitement semble donc indiqué, c'est le traitement chirurgical.

A. — Traitement chirurgical.

Nous insisterons peu sur ce traitement : il en est en effet des dacryocystites congénitales, comme de celles de l'adulte, l'important est d'en venir au diagnostic de nature et de cause, c'est-à-dire, particulièrement pour le cas qui nous intéresse d'altération osseuse, qui indique un traitement d'urgence.

Tout cathétérisme est absolument impossible ; une seule indication : c'est une opération rentrant « dans le groupe des interventions ayant pour but de supprimer les voies naturelles d'excrétion des larmes » (ROLLET), l'extirpation du sac.

Son mode opératoire devra être naturellement fait suivant la technique si bien étudiée par M. le Professeur ROLLET ; nous renvoyons à ce sujet à ses nombreux travaux, nous en retirerons simplement les quelques conclusions qui nous ont semblé pouvoir s'appliquer à notre cas.

1^o Indications de l'extirpation du sac. — *a)* Dans les formes chroniques d'ectasie du sac, avec écoulement muqueux (mucocèle), muco-purulent (empyème chronique), le seul traitement rationnel est sa dissection, suivie de son ablation.

b) S'il s'agit d'une dacryocystite phlegmoneuse sans fistule, il semble utile d'attendre la cession des phénomènes aigus, pour faire ensuite l'extirpation du sac en un temps, suivie d'un tamponnement de la cavité opératoire à la gaze. Du reste, d'une façon générale, « il est à peine besoin de faire remarquer combien les interventions faites à froid donneront des résultats plus sûrs et plus rapides » (ROLLET)

c) Doit-on traiter d'une façon analogue les dacryocystites phlegmoneuses avec fistule, quel que soit le moment de leur apparition avant ou après la naissance ? deux cas :

1. Les tissus qui environnent le pertuis sont en pleine période d'inflammation aiguë : il faudra faire ici une incision, puis un curetage « véritable extirpation du sac à l'aveugle » (VADON), finalement un drainage et pansements antiseptiques souvent renouvelés ; jamais de réunion par première intention, mais un tamponnement à la gaze iodoformée (ROLLET).

L'extirpation du sac est en effet absolument impossible ici : la muqueuse toute entière, infiltrée de pus tomberait en lambeaux, et alors même que l'on réussirait à enlever le sac, il resterait toujours des tissus voisins contaminés, causes plus tard de récidives.

2. Tout est rentré dans l'ordre, la fistule est chronique : si elle est large ou multiple, elle se trouve accompagnée de plusieurs décollements cutanés étendus, de fongosités volumineuses ; le même traitement que dans le cas précédent devra être employé pour les mêmes motifs.

Si, au contraire, la fistule est capillaire, ce sont de simple fistulettès, l'extirpation seule, donnera de bons résultats.

2° Résultats de l'extirpation du sac. — Les résultats immédiats sont excellents ; quand l'extirpation du sac a été complète, si l'on a obtenu une réunion par première intention, tout est fini en 5 à 6 jours. La durée totale du traitement sera d'une dizaine de jours, si, d'autre part, la plaie a été pansée à plat (ROLLET). Tumeur et fistule ont complètement disparu.

Il en est de même des résultats médiats, en particulier du larmolement : en effet toute irritation, d'où l'hypersecretion de la glande lacrymale, due aux relations intimes qui unissent la conjonctive et la pituitaire avec la glande lacrymale, disparaît par le fait même de la destruction du sac. D'autre part, il se produit une véritable atrophie de la glande lacrymale (ROLLET et VADON), de telle sorte que le larmolement, mieux la sécrétion des larmes se produisant alors, faible mais suffisante pour maintenir l'humidité

nécessaire à la conjonctive, est peu à peu desséchée par l'exhalation qui se fait à la surface de la conjonctive.

3° Complications — Deux sont à craindre : *a)* L'inflammation persistante, due à une opération incomplète : une seconde extirpation plus complète est utile.

b) L'épiphora rebelle, dû plutôt à une hypersécrétion fonctionnelle anormale de la glande lacrymale qu'au rétrécissement, et qui peut faire songer à l'ablation de la glande lacrymale dont la technique opératoire a été réglée par M. le Professeur ROLLET dans la thèse de COUSERGUES.

Mais tous ces cas défavorables surviennent à peine dans les 10 % des extirpations.

4° Opération de Toti. — Que faire de mieux ? et pourquoi, devant de tels résultats, serait-il utile d'en venir à cette opération ou dacryocystorhinostomie. Une seule indication la justifierait cependant, ce serait dans les cas d'importants délabrements inflammatoires de la région du sac. Mais, seulement dans ce cas, on devra avoir recours à la création de voies artificielles lacrymales.

B. — **Traitement général.**

Enfin, après ce que nous avons vu de l'étiologie de nos dacryocystites, il ne sera pas inutile, de faire suivre tout traitement chirurgical, d'un traitement général, c'est-à-dire de toniques, huile de foie de morue, etc., même, dans certains cas, de mercure, d'arsenic et d'iodure de potassium.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Tumeurs lacrymales bilatérales congénitales avec fistule lacrymale droite. Obstruction canaliculaire osseuse bilatérale.

(Observation de M. le Professeur ROLLET : inédite).

Enfant de 9 ans, adressé à M. le Professeur ROLLET le 20 février 1912. Grands parents en bonne santé, mère également, père atteint de dacryocystite droite. Enfant venu au monde, atteint de larmoiement bilatéral avec sécrétion légère ; il y a trois ans, apparition de deux tumeurs dans les deux régions lacrymales.

A l'entrée à l'hôpital, facies de batracien de l'enfant ; la tumeur gauche a le volume d'une grosse noisette, véritable ectasie géante ; la pression fait refluer du pus jaunâtre dans l'angle interne de l'œil, rien dans la fosse nasale, la peau glisse sur la tumeur sans adhérer. A droite, même état ; mais, en outre, une fistule fongueuse sous-tendineuse. Aux yeux, petits leucômes anciens.

21 février. — Opéré : Incision à gauche sur la tumeur, peau non adhérente. On tombe sur un sac très épais à contenu muco purulent, qui est extrait par fraction et à la rugine, sans qu'il soit déchiré. La loge qui le contenait est agrandie aux dépens de la paroi ethmoïdale interne fortement repoussée, mais non envahie ; impossibilité absolue de faire le cathétérisme du canal nasal, il y a imperforation.

A droite : sac enlevé par morcellement, il adhère à la peau ; la poche crie sous les ciseaux après décortication à la rugine ; cette paroi a une épaisseur de 3 à 4 mm, en certains endroits. Grattage de la fistule. La loge est immense par refoulement aussi de l'ethmoïde. La tumeur a le volume d'une noix, la cavité après extraction pourrait contenir un petit œil. Malgré des tentatives réitérées, le cathétérisme en bas est également impossible.

Pansement à plat, avec 2 tortillons d'ouate pour comprimer la région vasculaire, pas de suture.

24 février. — 1^{er} pansement, réunion presque complète, ligne sanguinolente, sans pus. Rien aux yeux.

1^{er} mars. — Réunion immédiate des deux côtés.

OBSERVATION II.

Abcès, fistule lacrymale, unilatérale, postérieure à la naissance. — Absence complète du canal osseux.

(Aug. BÉRARD, *Gazette des hôpitaux* 1841, n° 72).

Homme de 31 ans, entre à l'hôpital, pour y être traité d'une fistule lacrymale, qu'il portait depuis sa naissance, à l'angle interne de l'œil droit. Frère plus âgé eût également dans les premiers jours de sa vie, une tumeur qui disparut sans abcès ni fistule.

La tumeur oblongue et molle, apparut les 3 à 4 premiers jours après sa naissance. se fistulise en trois points différents ; deux disparaissent, le 3^e persiste jusqu'à son entrée à l'hôpital.

A ce moment l'orifice anormal laisse écouler un liquide transparent. Au réveil, la pression sur le sac fait refluer un mélange de larmes et de mucosités purulentes ; il y a de la conjonctivite palpébrale, la narine du même côté est sèche ; un stylet mousse introduit par l'orifice de la fistule, semble glisser le long du plancher de l'orbite, sur une profondeur de 25 millimètres ;

conduit au contraire dans la direction normale du canal nasal, le stylet s'arrête à une profondeur de 5 millimètres de l'orifice.

Les injections refluent par l'ouverture fistuleuse ; le cathétérisme est toujours impossible, même après plusieurs essais de dilatation.

Après un premier échec de guérison par la méthode de Woolhouse, malade réopéré de nouveau : dacryocystite disparaît ; mais il garde une fistule, malgré tous les moyens mis alors en jeu pour la cicatriser.

OBSERVATION III.

Dacryocystite phlegmateuse gauche congénitale. Antécédents syphilitiques. — Exostose des os propres du nez.

(ANTONELLI, *Archives d'Ophtalmologie* 1909).

Fillette de 11 ans, amenée le 4 octobre 1905 pour dacryocystite phlegmoneuse gauche, sur le point de s'abcéder. L'œil larmoyait depuis la première enfance, la tumeur développée peu à peu avait atteint le volume d'une grosse amande. Aucune affection nasale caractéristique. Dès l'arrivée de la malade, son aspect rabougri, sa petite taille, facies presque sénile, deux superbes dents d'HUTCHINSON, sans parler d'une exostose du bord libre et de l'épine de l'os du nez, à fleur de peau, firent reconnaître l'hérédo-syphilis. Le père avoua du reste avoir contracté la syphilis avant le mariage, la mère avait eu une fausse-couche, ensuite un enfant mort à 13 mois, enfin la fillette.

A l'ophtalmoscope, stigmate de la région centrale de la rétine (papillaire) à l'œil droit. Œil gauche : opacités légères périphériques de la cornée ; troubles diffus du cristallin, état de microlens, avec mydriase par atropine.

OBSERVATION IV.

Larmoiement bilatéral survenu après la naissance. Obstruction osseuse lacrymo-nasal bilatérale. Antécédents spécifiques.

(CHAILLOUS, *Société d'Ophtalmologie de Paris*, juin 1902).

Enfant de 8 mois, avec larmoiement bilatéral, conjonctives saines, pas de pus par la pression des deux sacs ; mais le liquide injecté par le point lacrymal inférieur, ressort par le supérieur. Tout cathétérisme est absolument impossible, donc obstruction naso-lacrymale complète. L'enfant montre un développement exagéré des os du crâne, et une dilatation anormale des veines sous-cutanées de tout le cuir chevelu, des placards rouges sur les fesses et les membres inférieurs, des cicatrices autour de la bouche et des narines, reliquats d'éruptions à l'âge de 2 mois.

La mère avait souffert à 18 ans d'une anémie intense, avec maux de tête violents et perte de cheveux. L'enfant, venu presque à terme, nourri au sein par sa mère ; ne pesait que 5 k. 500 au lieu de 7 à 8 kilogr., poids d'un enfant de 8 mois.

OBSERVATION V.

Fistule unilatérale consécutive à une dacryocystite intra-utérine. Larmoiement. Rétrécissement extrême du canal, lacrymo-nasal, probablement d'origine spécifique.

(TERSON, *Revue médicale de Toulouse*, 1873 ; citée par CAILLAUD, *Archives d'Ophtalmologie*, 1906).

Femme de 38 ans, a depuis sa naissance une fistule lacrymale tellement étroite, qu'une gouttelette transparente peut à peine s'échapper par l'ouverture, soit spontanément, soit en pressant sur le sac. On réussit à passer un stylet Bowmann n° 2 dans

tout le trajet des voies lacrymales ; le canal existait donc, quoique d'une étroitesse extrême.

Au bout de 2 mois, le stylet n° 5 passait bien, la fistule restait toujours ouverte. Un abcès très douloureux se produisait à la suite de cette opération, et d'une application pendant 5 à 6 jours de nitrate d'argent. La chose livrée à elle-même guérit au bout de 5 à 6 jours : fistule et larmolement disparus depuis 1 an.

OBSERVATION VI.

Fistule unilatérale consécutive à une dacryocystite intra-utérine. Larmolement. Rétrécissement extrême du canal lacrymo-nasal, probablement d'origine spécifique.

(TERSON, *Revue médicale de Toulouse*, 1873 ; citée par CAILLAUD, *Archives d'ophtalmologie*, 1906).

Jeune homme de 17 ans ; mêmes symptômes et traitement. Ce dernier, pendant 6 mois, n'amena que la disparition du larmolement ; il fallut fendre la fistule, la cautériser : un abcès se produisit, suivi de cicatrisation de la fistule, après néanmoins encore une longue série de cautérisations au chlorure de zinc.

OBSERVATION VII.

Fistulettes bilatérales à la naissance (dacryocystite intra-utérine), larmolement. Cathétérisme impossible seulement du côté droit. Antécédents divers : rachitisme, surtout spécificité.

(ANTONELLI et CAILLAUD. *Archives d'Ophtalmologie*, 1906).

B..., âgée de 11 ans ; père mort d'accidents cardiaques ; mère morte après avoir mis au monde 13 enfants ; une fausse-couche, cette enfant est la dernière. Frères et sœurs sont tous plus ou moins rachitiques, beaucoup sont morts ; l'un, à 15 ans,

est encore petit ; l'autre est hydrocéphale. Les filles sont réglées tardivement. Presque tous ont eu longtemps de l'incontinence d'urine nocturne. Aucun renseignement sur la grossesse de la mère, qui se termina par la naissance de notre malade.

Celle-ci n'a marché qu'à 5 ans, jambes tordues, urine encore au lit ; elle est myxœdémateuse ; corps thyroïde pas sensible ; enfant bouffie, poulx lent, base du nez est élargie, voûte palatine est ogivale, dents normales ; elle mesure 1 m. 18, pèse 31 kilogr., a suivi avec résultat un traitement opothérapique.

Côté de ses yeux : cette enfant a eu pendant plusieurs années les yeux remplis de pus ; dans les périodes d'accalmie de cette inflammation, il persistait du larmolement. Examen du sac ; pas de dilatation de cet organe, mais deux fistulettes symétriques datant de la naissance, à environ 3 mm. en bas et en dedans du grand angle. La sonde de BOWMANN n° 1 ne peut franchir l'orifice de ces fistules.

18 janvier. — A l'entrée dans le service, cathétérisme du côté gauche et injection consécutive ; il sort quelques gouttes de pus par les fistulettes. Du côté droit, cela est absolument impossible. En instillant quelques gouttes de bleu de méthylène, nous le retrouvons en quantité dans la narine gauche, mais vraiment en quantité nulle à droite.

3 jours après, le côté gauche laisse très bien passer l'injection. Le 4^e jour, nous faisons une injection de sulfate de zinc ; depuis cette époque, et avec des injections répétées, le larmolement a diminué à gauche. Le cathétérisme continue à être impossible à droite ; le larmolement est assez abondant. M. ROCHON-DUVIGNEAUD pratique de ce côté l'ablation de la glande lacrymale

Depuis, le larmolement a presque cessé ; n'apparaît qu'un peu, quand l'enfant est à l'air.

La cornée des deux yeux présentent de légères opacités.

OBSERVATION VIII.

Larmoiement datant de la naissance Absence du canal lacrymal, de la moitié droite du nez remplacée par un appendice cutané.

(SELENKOF in *Encyclopédie française d'Ophtalmologie*, t. VIII).

... Homme de 34 ans, chez lequel l'œil droit larmoie depuis sa naissance. Le sujet ne peut clore sa fente palpébrale ; cécité par pannus à droite. Absence de la moitié droite du nez, remplacée par un appendice cutané se détachant du bord supéro-interne de l'orbite et portant à son extrémité inférieure évasée une fine ouverture qui donne accès à un canal allant jusqu'à la racine du nez. Pas de points lacrymaux ; le sac lacrymal est très rudimentaire, le canal naso-lacrymal manque, ainsi que l'os nasal, la cavité nasale, l'antre d'HIGMORE du même côté, sans compter l'aplasie d'autres segments osseux.

OBSERVATION IX.

Anomalies multiples : double bec de lièvre, etc., canal lacrymal remplacé par un canal en communication avec le sac lacrymal et avec un conduit dont l'orifice débouche dans la lèvre supérieure, écoulement muco-purulent à la pression du sac.

(VAN DUYSE et RUTEN, *Société médicale de Gand*, 1891, et *Arch. d'Ophth.*, 1897).

Sujet de sexe masculin, vigoureusement constitué. Agé de 10 mois, pèse plus de 13 kilogr., père et mère en bonne santé ; accouchement normal.

Cet enfant présente à l'examen série d'anomalies : double bec de lièvre ; l'aile gauche du nez est moins développée que la droite, plus effacée, à narine plus étroite ; le palais est dévié et

moins développé également à gauche. Coexistence d'un colobome du 1/3 inférieur des deux paupières gauches, opacités de la cornée, congénitales; une cicatrice jugale se dirige du point d'insertion de la bride oculo-palpébrale vers l'angle gauche du bec de lièvre double coexistant. Le doigt sent sous ce raphé une dépression de l'os en forme de sillon, ou qui s'arrête en forme d'encoche, un peu en dedans de la cicatrice, d'une part au-dessous du rebord orbitaire, d'autre part au-dessus de l'arcade dentaire supérieure.

Dans cette fente est logé un canal en communication avec le sac lacrymal et avec un conduit dont l'orifice occupe le bord muqueux de la lèvre supérieure. En pressant sur le sac lacrymal, on fait sortir du muco-pus par les deux ouvertures des canalicules lacrymaux, et par l'ouverture de la lèvre située à 6 mm. en dedans de l'angle gauche du bec de lièvre. Quand l'enfant pleure, du liquide clair apparaît à la lèvre. A un moment donné, les injections passent par ce canal et par le canal nasal dans la narine correspondante.

CONCLUSIONS.

I. — La rareté des dacryocystites congénitales, malgré la présence constante de microorganismes à la surface des muqueuses, prouve, que si l'infection est une cause déterminante, il faut invoquer aussi comme cause principale l'obstruction du canal lacrymal.

II. — Cette obstruction peut être due :

a) à des altérations des parties molles :

- 1° *Persistance de l'état fœtal* (bouchons muqueux, imperforation de la muqueuse);
- 2° *Présence de valvules*;
- 3° *Malformations du canal muqueux*.
- 4° *Hypertrophie inflammatoire du canal*.

b) Surtout à des altérations canaliculaires osseuses ;
soit d'origine extrinsèque :

- 1° *Conformation anatomique vicieuse de la face* (os et sinus) ;
- 2° *Exostoses des régions avoisinantes* ;
soit d'origine intrinsèque :
- 1° *Exostoses propres du canal osseux* ;
- 2° *Arrêt de développement du canal osseux*.
- 3° *Conformation anatomique vicieuse de son orifice supérieur* ;

- 4° *Absence complète du canal osseux* (notre Observation 1, et notre pièce d'anatomie de la collection de la clinique d'ophtalmologie de M. le Professeur ROLLET se rapportent à ce cas);
- 5° *Anomalies du canal osseux, coexistant avec d'autres anomalies tératologiques de la face.*

III. — Des causes occasionnelles, telles que le rachitisme, la tuberculose, le lymphatisme, mais surtout l'hérédosyphilis, sans négliger l'influence adjuvante de l'hérédité, qui peut agir par elle-même indépendamment de toute autre cause, déterminent ces altérations osseuses.

IV. — La dacryocystite résultant de cette obstruction canaliculaire osseuse se manifeste soit à la naissance (dacryocystite intra-utérine), soit peu après, par des symptômes analogues à ceux de toute dacryocystite congénitale (larmoiement, écoulement lacrymal muco-purulent, ectasie, etc.).

V. — La nature de l'obstruction (impossibilité de tout cathétérisme), et la cause (recherche des symptômes, particulièrement d'hérédos-spécificité, etc.), devront être diagnostiqués dans la mesure du possible.

VI. — Ne pouvant espérer une guérison spontanée de la dacryocystite congénitale par obstruction canaliculaire osseuse, comme celle due à des altérations canaliculaires des parties molles, il faudra en craindre toujours les complications infectieuses et suppurées.

VII. — Toute médication expectative devra donc être rejetée, pour recourir d'emblée à une intervention chirurgicale :

1° En général l'extirpation du sac sera l'opération de choix, pouvant à elle seule déterminer une guérison certaine et définitive, comme dans le cas que nous avons reproduit dans notre Observation.

2° Dans certains cas exceptionnels de larmolement persistant, on pourrait avoir recours à l'extirpation de la glande lacrymale principale.

Le traitement général sera indiqué comme adjuvant lors d'hérédo-syphilis, rachitisme, scrofule, etc.

Le Président de la Thèse,

ROLLET.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 Mai 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE.

- ANTONELLI. — Pathologie naso-lacrymale dans la syphilis héréditaire (*Archives d'Ophtalmologie*, 1909).
- AUG. BÉRARD. — Fistule lacrymale congénitale. Absence de canal nasal (*Gazette des hôpitaux*, n° 72, 1841).
- BÉRAUD. — Causes et mécanisme de la tumeur lacrymale (*Archives d'Ophtalmologie*, 1850 à 1855).
- CAILLAUD. — Fistule congénitale du sac lacrymal (*Archives d'Ophtalmologie*, 1906).
- A. CASALI. — Bactériologie des dacryocystites (*Archives d'Ophtalmologie*, 1906).
- CASSIMATIS. — Double dacryocystite purulente, quelques considérations sur son étiologie (*Archives d'Ophtalmologie*, 1912).
- COUSERGUES. — Extirpation de la glande lacrymale (Th. Lyon, 1897).
- DE WECKER. — *Traité d'Ophtalmologie* (t. IV, 1889).
- FAGE. — Dacryocystites des nouveaux nés (*Archives d'Ophtalmologie*, 1911).
- GÉRARD. — Causes congénitales du larmolement (*Echo médical du Nord*, 1908).
- LAGRANGE et VALUD. — *Encyclopédie d'Ophtalmologie* (t. II, IV, VIII, IX).
- LÉVY. — Des dacryocystites congénitales (Thèse de Paris, 1897).
- PANAS. — *Traité des maladies des yeux* (t. II).
- PANAS. — Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal et les voies excrétrices des larmes.

- ROCHON-DUVIGNEAUD — Conditions anatomiques qui favorisent les dacryocystites (*Archives d'Ophthalmologie*, 1899).
- ROLLET. — Extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites (*Lyon médical*, juin 1896).
- Cure radicale des dacryocystites par extirpation du sac lacrymal. Résultats éloignés (*Revue générale d'Ophthalmologie*, 1903).
 - Ectasie géante du sac lacrymal (*Annales d'Occulistique*, 1904).
 - Technique opératoire de l'extirpation du sac (*Travaux de cliniques d'Ophthalmologie*, mai 1914).
- SCHIRK. — Ectasie géante du sac lacrymal (Thèse de Lyon, 1903).
- VADON. — De l'extirpation du sac lacrymal (Thèse de Lyon, 1904).
- VAN DUYSE et RÛTEN. — Anomalies du canal lacrymal (*Archives d'Ophthalmologie*, 1897).
-

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique	9
— II. — Pathogénie s'appuyant sur l'anatomie pathologie	11
A) Aperçu rapide sur l'embryologie des voies lacrymales	11
Aperçu rapide sur leur état chez le nouveau- né	12
B) Altérations du canal lacrymo-nasal dues aux parties molles	13
C) Altérations du canal lacrymo-nasal dues aux parties osseuses	14
D) Causes déterminantes	21
— III. — Etiologie	23
A) Causes occasionnelles	23
B) — adjuvantes	25
— IV. — Symptomatologie	27
A) Formes cliniques	27
B) Complications	31
— V. — Diagnostic	32
A) Diagnostic positif	32
B) — différentiel	32
C) — causal	34
— VI. — Pronostic	37

CHAPITRE VII.— Traitement.....	38
A) Chirurgical.....	38
B) Général.....	41
OBSERVATIONS	42
CONCLUSIONS	51
BIBLIOGRAPHIE	55

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE L. DECLUME, LONS-LE-SAUNIER.
